

老年性阴道炎应用甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗的效果观察

曾艳君

祁阳县妇幼保健院 湖南永州 426100

【摘要】目的 观察分析老年性阴道炎应用甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗的效果。**方法** 选取 2016 年期间收治的老年性阴道炎患者 135 例为本次研究对象,按照治疗方式的不同分成两组,观察组和对照组。对照组采用甲硝唑治疗,观察组患者在此基础上联合结合雌激素软膏治疗。对比治疗效果以及症状改善情况。**结果** 实施不同的药物治疗方案,观察组患者治疗有效率达到 95.59%,对照组患者治疗有效率达到 77.61% 两组差异显著, $P < 0.05$, 具有统计学意义。**结论** 老年性阴道炎应用甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗的效果显著,患者的临床症状改善显著,值得临床推广。

【关键词】 老年性阴道炎; 甲硝唑栓; 雌激素软膏; 效果

【中图分类号】 R711.31

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2017) 02-254-02

女性随着年龄的增长,卵巢的功能减退,激素的分泌不平衡,容易引发阴道炎,是临床妇科常见病。患者临床症状主要表现为外阴瘙痒,存在灼热感,排尿时有刺激症状,分泌物变多且呈淡黄色、血样的脓性白带,严重影响患者的身体健康状况以及生活质量^[1]。临床对于其治疗主要采用药物进行,本文主要观察分析老年性阴道炎应用甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗的效果,特选取 2016 年期间收治的老年性阴道炎患者 135 例为本次研究对象,现整理资料如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取 2016 年期间收治的老年性阴道炎患者 135 例为本次研究对象,纳入标准:患者年龄均为老年患者,年龄超过 60 岁;患者无药物使用禁忌症;患者最近 1 个月未使用任何对研究结果有影响的药物。排除标准:患者肝功能、肾功能伴有严重障碍;患者对研究药物存在过敏史;患者伴有自身免疫性疾病;患者伴有恶性肿瘤。将所有 135 例患者按照治疗方式的不同分成两组,观察组和对照组。观察组 68 例,年龄 61 岁到 78 岁,平均年龄 (67.9 ± 1.3) 岁;病程 8~60d,平均 (37.5 ± 4.2) d。对照组 67 例患者,年龄 61 岁到 79 岁,平均年龄 (58.4 ± 1.5) 岁;病程 8~57d,平均 (36.1 ± 3.8) d。两组患者经比较,基本资料无明显差异 ($P > 0.05$),无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

两组患者入院后据接受全面的检查并积极治疗,对照组采用甲硝唑进行治疗,每天晚上将阴道清洗干净,将甲硝唑,将其置于阴道深部,每天 1 粒,采用平躺的方式。

观察组患者在此基础上联合雌激素软膏,甲硝唑使用方法同上,在阴道、外阴部涂抹雌激素软膏 0.5g。两组患者均连续治疗 1~2 周,治疗过程中严禁使用对研究结果有影响的药物,禁止性生活。饮食宜清淡为主,避免辛辣刺激、生冷的食物。

1.3 观察指标

观察两组患者接受治疗后临床症状、体征改善情况,判定治疗效

果;同时对两组患者治疗后阴道的弹性、黏膜、湿润度、分泌物、PH 值等指标比较。

1.4 疗效判定^[2]

效果判定:经过治疗后,临床症状全部消失,患者的阴道分泌物实验室检测,清洁度达到 I 度到 II 度,判定痊愈;患者经治疗后,临床症状部分改善,仍存在瘙痒等症状,判定有效;患者经过治疗后,临床症状无改善,甚至加重,判定无效。总有效率 = (痊愈 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。(2) 阴道的弹性、黏膜、湿润度、分泌物采用临床检验 3 分法,评分为 0 分到 3 分,分数越高说明情况越好。

1.5 统计学方法

数据全部收集并经过 SPSS17.0 进行处理分析,计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,实施 t 检验;计数资料使用 χ^2 检验。 $P < 0.05$,具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果对比

实施不同的药物治疗方案,观察组患者治疗有效率达到 95.59%,对照组患者治疗有效率达到 77.61% 两组差异显著, $P < 0.05$,具有统计学意义。见表 1。

表 1: 两组患者治疗效果对比

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	68	45	20	3	65 (95.59%)
对照组	67	31	21	15	52 (77.61%)
P 值					$P < 0.05$

2.2 两组患者治疗后各项临床指标比较

经治疗后,观察组患者的弹性、黏膜、湿润度、分泌物指标与对照组患者比较明显优于对照组,两组差异显著, $P < 0.05$,具有统计学意义;经治疗后,观察组患者的 PH 值为 (4.78 ± 0.25) ,明显优于对照组患者的 PH 值 (5.92 ± 0.38) ,两组差异显著, $P < 0.05$,具有统计学意义。见表 2。

表 2: 两组患者治疗后各项临床指标比较

组别	例数	弹性	黏膜	分泌物	湿润度	PH 值
观察组	68	2.97 ± 0.31	2.89 ± 0.46	2.81 ± 0.42	2.73 ± 0.86	4.78 ± 0.25
对照组	67	1.79 ± 0.45	2.71 ± 0.35	2.01 ± 0.03	1.82 ± 0.14	5.92 ± 0.38
P 值		$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

3 讨论

女性随着年龄的增长,机体的功能逐渐下降,卵巢功能与雌激素逐渐衰退、降低,阴道壁呈现出老化、萎缩现象,加上阴道内部的 pH 值上升、机体上皮细胞中糖原的含量降低,为细菌滋生提供了有利环境,最终导致造成阴道炎症的发生^[3]。同时女性对外阴清洁不注意,维生素 B 缺乏、作息不规律等都有一定的原因。卵巢是女性雌激素分泌的主要源头^[4],一旦机能出现退化,激素水平受到影响,继而影响阴道壁的萎缩以及黏膜的厚度降低,对细菌的抗菌性降低,一旦 PH 值增加,形成弱碱性环境,病菌更容易侵袭,造成老年患者的阴道炎。

本次研究中采用的甲硝唑为临床常用药,其药理作用通过对厌氧菌进行抑制,使脱氧核糖核酸的合成受阻,从而进一步抑制细菌的生

长、繁育。但是甲硝唑虽然有杀菌的作用,但是对于阴道的 PH 值、黏膜厚薄的改善等问题不能很好的解决。雌激素软膏能够促进乳酸杆菌的生长,对患者的阴道 PH 进行改善,降低 PH 值,恢复酸性环境,抑制病菌的侵袭;同时对患者的阴道黏膜起到保护作用,改善阴道的黏膜厚度以及干涩等问题。通过涂抹的方式直接作用于病灶,提高治疗效果,避免口服用药的副作用^[3]。

本次研究结果显示:实施不同的药物治疗方案,观察组患者治疗有效率达到 95.59%,对照组患者治疗有效率达到 77.61% 两组差异显著, $P < 0.05$,具有统计学意义。经治疗后,观察组患者的弹性、黏膜、湿润度、分泌物、PH 值等指标与对照组患者比较明显优于对照组, (P

(下转第 257 页)

者可给予药物治疗方法;伴宫颈上皮内瘤样病变Ⅰ级或Ⅱ级以及各种糜烂的患者可给予物理治疗方法;伴宫颈上皮内瘤样病变Ⅲ级和Ⅳ级以上患者可给予手术方法治疗。其中数物理疗法最可靠,它主要是利用高温/低温迫使糜烂的组织坏死、凝固和脱落,最后通过上皮修复和组织增生治愈,其方法主要包括激光、微波、红外线、冷冻和热烙等等。不过已经有很多学者研究指出,以上物理治疗方法阴道出血、排液等副反应较多^[4],此疗法虽可治愈,但不能根本上改善和减少术后并发症,严重影响患者预后。

聚焦超声治疗亦可归为物理范畴,不过其与别的现有物理疗法在原理、病变组织治疗部位以及程度等有很大差别。能量可穿透表层组织直接聚焦于预设的靶区组织,作用于表皮以下特定深度,且深度可用焦距控制。另外可以调整辐照剂量来控制病变组织的破坏程度,达到不一样的效果,与别的物理疗法单一损伤有很大区别。基于上述分析,聚焦超声治疗慢性宫颈炎拥有如下优势:①基本为无创治疗,无辐照组织急性坏死情况,安全性高;②不损伤表皮组织,没有其他物理治疗方法出现的脱落、结痂以及上皮修复等过程,因而组织坏死引起的局部感染以及阴道出血等情况不会出现,患者康复快;③聚焦超

声治疗后只出现一过性水肿和充血的情况,无明显阴道排液。

超声生物学效应的有关文献提,聚焦超声的声学参数和组织声学特性均可影响聚焦超声的治疗效果,在相关声学参数一定的情况下,组织超声能量沉积或治疗效果只与辐照时间和组织声学特性有关^[5]。

综上,经过本次研究证实,聚焦超声单次治疗对慢性宫颈炎具有很好的临床效果;辐照时间依据糜烂面积与不同组织声能量沉积的差异来确定,让整个治疗过程更加可控,提高了临床效果。

[参考文献]

- [1] 陈锦云,周德平,刘玉明.聚焦超声与激光治疗慢性宫颈炎的对比较研究[J].中国超声医学杂志,2013,24(3):285-287.
- [2] 乐杰.妇产科学.6版.北京:人民卫生出版社,2005:265-267.
- [3] 胡静,韩腊娥,王冬芹.聚焦超声联合云南白药治疗慢性宫颈炎的临床观察[J].时珍国医国药,2013,24(3):683-685.
- [4] 张翊燕,阮素华.超声聚焦治疗慢性宫颈炎临床效果观察[J].中国当代医药,2012,19(17):187-188.
- [5] 李发琪,张楠,杜永洪,等.高强度聚焦超声治疗剂量对组织升温影响的研究[J].生物医学工程学杂志,2003,20:466-471.

(上接第 252 页)

来说,米非司酮治疗子宫内膜异位症安全性高,副作用少,价格低,经济有效,跟其他药物比较,有明显的优势^[6-7]。

本研究中,常规组应用药物孕三烯酮治疗,米非司酮组应用药物米非司酮治疗,结果显示,米非司酮组患者疾病治疗效果高于常规组, $P < 0.05$;米非司酮组谷丙转氨酶升高等不良反应发生率低于常规组, $P < 0.05$ 。治疗前两组内膜情况、内分泌激素水平比较无显著差异, $P > 0.05$ 。治疗后米非司酮组内膜情况、内分泌激素水平改善幅度更大, $P < 0.05$ 。

综上所述,子宫内膜异位症应用药物米非司酮治疗的效果确切,可有效改善患者临床症状,调节内分泌,改善激素水平,无严重不良反应,安全有效,可推广应用。

[参考文献]

- [1] 贾小丽.子宫内膜异位症应用米非司酮治疗的应用意义[J].实用妇科内分泌电子杂志,2016,3(7):62-62,64.

(上接第 253 页)

[参考文献]

- [1] 欧阳君.不同剂量米非司酮配伍米索前列醇药物在晚期妊娠引产中的临床观察[J].国际医药卫生导报,2012,18(10):1470-1472.
- [2] 卢丽萍.米非司酮联合乳酸依沙吖啶在中晚期妊娠引产中的临床疗效观察[J].当代医学,2012,18(12):152-153.
- [3] 杨芸.米非司酮与催产素在晚期妊娠引产中的应用[J].中国社

- [2] 陆宁.米非司酮联合桂枝茯苓与戈舍瑞林用于子宫内膜异位症临床疗效回顾分析[J].中国血液流变学杂志,2015,25(3):342-344,383.
- [3] 张丽红.子宫内膜异位症应用米非司酮治疗的效果及作用机制初步分析[J].中国现代药物应用,2016,10(13):196-197.
- [4] 蒋莹,黄利红.米非司酮对子宫腺肌病患者在位和异位内膜组织中多向生长因子表达的影响[J].广东医学,2010,31(21):2808-2810.
- [5] 罗胜田,尹艳英,李娜等.腹腔镜联合药物对子宫内膜异位症患者手术前后IFN- γ /IL-4的影响机制研究[J].中国医药导报,2012,09(21):53-54,59.
- [6] 赵丹阳,刘新华,杨建梅等.超声引导下穿刺注射无水乙醇联合米非司酮治疗绝经期子宫内膜异位症的疗效评价[J].中国医学物理学杂志,2015,32(2):298-300.
- [7] 刘素梅,邱玉琴.米非司酮治疗子宫内膜异位症的临床疗效及作用机制探讨[J].基层医学论坛,2015,19(35):4941-4942.

区医师,2016,32(29):58-58,60.

- [4] 邓霞梅,罗运山,钟永红等.三种引产方式在中晚期妊娠引产中的应用效果分析[J].中国当代医药,2014,21(33):20-22.
- [5] 胡珊,胡燕.米索前列醇与催产素在晚期妊娠引产中的应用分析[J].重庆医学,2012,41(17):1687-1688,1692.
- [6] 刘珺,高洁兰.晚期妊娠引产中米索前列醇与催产素的临床价值分析[J].中外医疗,2013,32(7):100,102.

(上接第 254 页)

< 0.05)。说明雌激素乳膏联合甲硝唑治疗老年性阴道炎的疗效显著,患者各项临床症状均得到明显改善,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 张勤连.复方甲硝唑阴道栓治疗阴道炎的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2015,8(15):66-67.
- [2] 黄德宁,张云.妇科洗剂联合保妇康栓治疗老年性阴道炎的观

察[J].中西医结合杂志,2013,19(22):1110-1112.

- [3] 姚方华.复方甲硝唑阴道栓治疗 3 种阴道炎的临床价值研究[J].中国医药指南,2015,13(13):113-114.
- [4] 叶辉.甲硝唑联合小剂量雌激素治疗萎缩性阴道炎的疗效研究[J].现代诊断与治疗,2015,26(5):1017-1018.
- [5] 许华,于学兰.复方甲硝唑阴道栓治疗滴虫性阴道炎疗效观察[J].中国医药导报,2010,7(21):132-133.

(上接第 255 页)

(98.5 $\pm$ 6.2)分也明显高于进行膀胱截石仰卧位或常规仰卧位的初产妇的产妇满意度(85.5 $\pm$ 5.9)分,且其自主用力时间、第二产程时间、生殖道受损情况也明显少于进行膀胱截石仰卧位或常规仰卧位的初产妇,研究发现在第二产程应用分阶段体位管理产妇,可以减少第二产程时间,使产妇生殖道减少损伤,提高顺产率,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 区彩庆,黄莉,魏晓儒,唐春柳.基层医院开展产妇产时分娩体位管理的临床研究[J].全科护理,2016,09(07):949-951.

[2] 诸媛.新型分娩体位在第二产程的应用研究[J].科技视界,2016,09(05):294-311.

- [3] 祁志宇,张殿尧,党翠玲,霍丽敏.产时合理选择分娩体位及自然娩肩对妊娠结局和母体产后恢复的临床研究[J].河北医药,2016,08(06):1215-1219.
- [4] 林明影,陈求珠,陈垂海.分阶段体位管理联合王不留行籽穴位按压对初产妇分娩的影响[J].护理研究,2016,25(09):3187-3189.
- [5] 林素青,胡晓娜,余丽珍.第二产程初采用支撑式前倾坐位对分娩结局的影响[J].全科医学临床与教育,2016,05(04):523-525.